

- Service de psychologie** 819 376-5011, poste 6056
- Service de santé** 819 376-5011, poste 6057

FORMULAIRE – AVIS DE REFUS

Apposer l'étiquette d'identification ici

ORGANISME

L'Université du Québec à Trois-Rivières a mis sur pied des services aux étudiants en matière de psychologie et de santé.

Faisant suite à votre demande de services et de soins de santé auprès de l'un de ces services (ci-après appelé le « service aux étudiants fréquenté »), nous vous informons que vous pouvez refuser qu'un renseignement de santé ou de services sociaux vous concernant, présent ou à venir, soit accessible aux personnes suivantes à compter du moment où le renseignement est détenu par le service aux étudiants fréquenté :

1. Votre conjoint(e) ou un proche parent, si l'accès envisagé s'inscrit dans un processus de deuil;
2. Votre conjoint(e), votre ascendant(e) direct(e) ou votre descendant(e) direct(e), s'il s'agit d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
3. Une personne chercheuse, si l'accès envisagé est à des fins de sollicitation en vue de votre participation à un projet de recherche;
4. Une personne chercheuse qui n'est pas liée¹ à :
 - Un organisme visé à l'annexe I de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (R-22.1);
 - Un établissement public; ou
 - Un établissement privé conventionné qui exploite un centre hospitalier.

Le refus énoncé au point quatre (4) peut viser un ou plusieurs renseignements et peut porter sur une ou plusieurs thématiques de recherche ou catégories d'activités de recherche.

REFUS

Nom et coordonnées de la personne concernée par les renseignements :

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Si la personne concernée est une personne mineure de moins de 14 ans ou une personne inapte :

Nom de la personne qui formule l'avis : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Personne(s) à qui le refus s'applique :

- Votre conjoint(e), l'accès envisagé s'inscrivant dans un processus de deuil;

¹ Une personne chercheuse est liée à l'organisme ou aux établissements précités lorsqu'elle exerce sa profession dans un centre exploité par un tel établissement ou qu'elle fait de la recherche pour le compte d'un tel établissement ou d'un tel organisme dans le cadre d'un contrat de travail ou de service.

Vérifier que les renseignements ci-dessus sont exacts et corriger au besoin.

- Votre proche parent, l'accès envisagé s'inscrivant dans un processus de deuil;
- Votre conjoint(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Votre ascendant(e) direct(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Votre descendant(e) direct(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Une personne chercheuse, l'accès envisagé étant à des fins de sollicitation en vue de votre participation à un projet de recherche;
- Une personne chercheuse qui n'est pas liée à l'organisme ou aux établissements précités, l'accès envisagé se détaillant comme suit :

- Renseignement(s) visé(s) par le refus :

- Thématique(s) de recherche ou catégorie(s) d'activité(s) de recherche visée(s) par le refus :

Identification de la ou des personne(s) concernée(s) par le refus, s'il y a lieu :

EFFECTIVITÉ

Le refus devra être effectif à compter de la date suivante : _____.

DURÉE

Le refus n'a pas de date limite. Il est présent jusqu'à ce que vous le modifiez ou la retirez.

Vous pouvez retirer ou modifier votre refus en tout temps, au moyen du formulaire complémentaire se trouvant en annexe.

LEVÉE DE LA RESTRICTION

Le refus de l'accès ne peut être levé que lorsque la communication des renseignements est exigée par la loi.

RESPONSABLE DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS

Toute question concernant la protection de vos renseignements et tout enjeu concernant l'application de vos droits peut être soumis au Responsable de l'accès aux documents et Responsable de la protection des renseignements, Me Éric Hamelin, à l'adresse suivante : renseignements.personnels@uqtr.ca.

ATTESTATION

- J'atteste, par la présente, avoir lu et pleinement compris le présent formulaire et avoir obtenu réponse à mes questions, le cas échéant.

SIGNATURE

Personne de 14 ans et plus

Signature : _____

Date : _____

Personne de moins de 14 ans ou personne inapte

Signature : _____

Date : _____

Nom de la personne représentante légale : _____

En qualité de : _____

Adresse (si différente de celle de la personne concernée) : _____

Signature : _____

Date : _____

2e signature (si nécessaire) : _____

Date : _____

Section réservée au service aux étudiants fréquenté

L'identité, l'âge et l'existence d'un régime de protection ont été vérifiés auprès de la personne en cause, et le contenu du formulaire de consentement a été expliqué.

Signature de la personne professionnelle ou intervenante

Date

ANNEXE – AVIS DE MODIFICATION OU DE RETRAIT D'UNE RESTRICTION

Nom et coordonnées de la personne concernée par les renseignements :

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Si la personne concernée est une personne mineure de moins de 14 ans ou une personne inapte :

Nom de la personne qui formule l'avis : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Demande de modification du refus

Personne(s) à qui le refus modifié s'applique :

- Votre conjoint(e), l'accès envisagé s'inscrivant dans un processus de deuil;
- Votre proche parent, l'accès envisagé s'inscrivant dans un processus de deuil;
- Votre conjoint(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Votre ascendant(e) direct(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Votre descendant(e) direct(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Une personne chercheuse, l'accès envisagé étant à des fins de sollicitation en vue de votre participation à un projet de recherche;
- Une personne chercheuse qui n'est pas liée à l'organisme ou aux établissements précités, l'accès envisagé se détaillant comme suit :

▪ Renseignement(s) visé(s) par le refus modifié :

▪ Thématique(s) de recherche ou catégorie(s) d'activité(s) de recherche visée(s) par le refus modifié :

Identification de la ou des personnes concernées par le refus modifié, s'il y a lieu :

Demande de retrait du refus

EFFECTIVITÉ

Le retrait ou la modification du refus devra être effectif à compter de la date suivante : _____ .

ATTESTATION

- J'atteste, par la présente, avoir lu et pleinement compris la présente annexe et avoir obtenu réponse à mes questions, le cas échéant.

SIGNATURE

Personne de 14 ans et plus

Signature : _____

Date : _____

Personne de moins de 14 ans ou personne inapte

Signature : _____

Date : _____

Nom de la personne représentante légale : _____

En qualité de : _____

Adresse (si différente de celle de la personne concernée) : _____

Signature : _____

Date : _____

2e signature (si nécessaire) : _____

Date : _____

Section réservée au service aux étudiants fréquenté

L'identité, l'âge et l'existence d'un régime de protection ont été vérifiés auprès de la personne en cause, et le contenu du formulaire de consentement a été expliqué.

Signature du la personne professionnelle

Date